

AKREDITASI SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

SK. Poerwani* dan Evie Sopacua*

ABSTRAK

One of efforts to enhance the quality of hospital health services is by hospital accreditation survey. The certificate of hospital accreditation status is issued by Medical Service Directorate General, Department of Health the Republic of Indonesia. The hospital accreditation survey is conducted by professional staffs whom are recruited, either from profession organizations or government employees. The targets are all hospital classifications, either the government or privates that recently increased, including the government hospitals.

In conducting the pre and post accreditation surveys, the Province Health Office should conduct periodic reviews so that accreditation activities are done continuously. Hence the hospitals should make efforts to provide qualified services. But post accreditation activities conducted by the Province Health Office had not been as expected.

Moreover, not all hospitals conduct continuous accreditation survey because possibly they do not fully understand that the importance of hospital accreditation that has impact on the quality of hospital health services. Actually results of the survey could be used data for annual hospital plan, and for Province Health Office it could be used to determine the periodic review design of hospitals in the Province.

Key words: Accreditation, Hospital, Survey

PENDAHULUAN

Sebagai salah satu subsistem dalam pelayanan kesehatan rumah sakit menjadi tempat rujukan bagi unit-unit pelayanan kesehatan dasar. Rumah sakit merupakan organisasi yang bergerak dalam bidang jasa, dengan ciri-ciri padat karya, padat modal, padat teknologi, padat masalah dan padat umpatan.

Sejalan dengan lajunya pembangunan nasional maka tuntutan akan mutu pelayanan kesehatan oleh rumah sakit juga semakin meningkat. Hal ini ditandai dengan berbagai kritikan tentang ketidakpuasan terhadap pelayanan rumah sakit melalui berbagai upaya termasuk melalui jalur hukum. Oleh karena itu upaya untuk menjaga dan meningkatkan mutu layanan rumah sakit baik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat baik internal maupun eksternal rumah sakit perlu dilaksanakan.

Upaya yang dilakukan Departemen Kesehatan untuk itu adalah melalui kegiatan akreditasi rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta, yang tujuan akhirnya adalah menjaga mutu layanan.

Dasar hukum pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit selain UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan adalah Permenkes No. 159 b tahun 1988 yang mengatur tentang akreditasi rumah sakit, S.K.Menkes No. 436/93 tentang berlakunya standar pelayanan rumah sakit dan pelayanan medik dan S.K.Dirjen YanMedik No YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya (KARS). Juga Komitmen Nasional agar akreditasi layanan kesehatan masuk dalam Rencana Strategis Direktorat Jendral Pelayanan Medik untuk mencapai pelayanan prima.

PENGERTIAN AKREDITASI

Akreditasi menurut ensiklopedi nasional adalah suatu bentuk pengakuan yang diberikan oleh pemerintah untuk suatu lembaga atau institusi. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI, akreditasi rumah sakit adalah pengakuan oleh pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang telah ditentukan.

* Peneliti pada Puslitbang Sistem dan Kebijakan, Kesehatan Jl Indrapura 17, Surabaya

Untuk sampai kepada pengakuan, rumah sakit melalui suatu proses penilaian yang didasarkan pada Standar Nasional perumhaskitan (Depkes, 1999). Penilaian dilakukan berulang dengan interval yang reguler dan diawali dengan kegiatan kajian mandiri (self assesment) oleh rumah sakit yang dinilai. Survei akreditasi ini dilakukan oleh badan yang terlegitimasi dan di Indonesia adalah Komite Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana kesehatan lainnya (KARS) sedangkan sertifikasi diberikan oleh Dirjen Pelayanan Medik DepKes RI berdasarkan rekomendasi KARS.

ALASAN UNTUK MELAKSANAKAN AKREDITASI

Secara filosofi, kegiatan akreditasi merupakan bentuk perhatian dan perlindungan pemerintah dengan memberikan pelayanan yang profesional. Kualitas pelayanan yang diberikan sesuai standar merupakan profesionalisme yang dapat menyebabkan efisiensi dalam pelayanan dan kemampuan kompetitif rumah sakit yang positif.

TUJUAN AKREDITASI

Pada dasarnya tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah agar kualitas pelayanan yang diberikan terintegrasi dan menjadi budaya sistem pelayanan di rumah sakit.

Secara khusus adalah tujuan kegiatan akreditasi adalah agar:

- 1) Memperoleh gambaran seberapa jauh rumah sakit di Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang ditentukan sehingga mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan.
- 2) Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada rumah sakit yang telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- 3) Memberikan jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga, dan lingkungan yang diperlukan tersedia sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya.
- 4) Memberikan jaminan dan kepuasan kepada individu, keluarga dan masyarakat sebagai pelanggan bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin.

MANFAAT AKREDITASI

Manfaat dapat dirasakan oleh pemilik rumah sakit, karyawan, pihak ke-3 (asuransi, suplier, pendidikan tenaga kesehatan) maupun masyarakat pengguna jasa layanan rumah sakit dengan memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dipertanggung jawabkan.

PELAKSANAAN AKREDITASI

Ada 3 cara pelaksanaan akreditasi yaitu tingkat dasar, tingkat lanjut dan tingkat lengkap yang disesuaikan dengan kegiatan pelayanan di rumah sakit.

1. Akreditasi tingkat dasar menilai 5 kegiatan pelayanan di rumah sakit yaitu Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Gawat Darurat dan Rekam Medik.
2. Akreditasi tingkat lanjut menilai 12 kegiatan pelayanan di rumah sakit yaitu Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Gawat Darurat, Rekam Medik, Farmasi, Radiologi, Kamar Operasi, Pengendalian Infeksi, Pelayanan Risiko Tinggi, Laboratorium dan Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K-3).
2. Akreditasi tingkat lengkap menilai 16 kegiatan pelayanan di rumah sakit yaitu Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Gawat Darurat, Rekam Medik, Farmasi, Radiologi, Kamar Operasi, Pengendalian Infeksi, Pelayanan Perinatal Risiko Tinggi, Laboratorium dan Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K-3) ditambah Pelayanan Intensif, Pelayanan Transfusi Darah, Pelayanan Rehabilitasi Medik dan Pelayanan Gizi.

Rumah sakit boleh memilih akan melaksanakan akreditasi tingkat dasar (5 pelayanan), tingkat lanjut (12 pelayanan) atau tingkat lengkap (16 pelayanan) tergantung kemampuan, kesiapan dan kebutuhan rumah sakit baik pada penilaian pertama kali atau penilaian ulang setelah terakreditasi.

Perlu difahami bahwa pelaksanaan kegiatan akreditasi rumah sakit sebaiknya berdasarkan

perencanaan rumah sakit dan terjadwal sehingga dapat disesuaikan dengan jadwal pembinaan di Dinas Kesehatan Provinsi dan KARS.

Metode Pelaksanaan

Survei akreditasi dilaksanakan dalam beberapa tahap, yaitu tahap pre-survei akreditasi atau tahap persiapan, tahap pelaksanaan survei akreditasi dan tahap paska survei akreditasi.

Tahap persiapan

Kegiatan yang dilaksanakan disini adalah *self assessment* (kajian mandiri) yang dilakukan oleh rumah sakit yang akan dinilai menggunakan instrumen survei akreditasi rumah sakit. Kajian mandiri dilaksanakan oleh tim akreditasi rumah sakit yang terdiri dari beberapa kelompok kerja, sesuai dengan pelayanan yang akan dinilai. Misalnya bila rumah sakit memilih untuk akreditasi tingkat dasar maka tim akreditasi rumah sakit terdiri dari 5 kelompok kerja.

Langkah-langkah Persiapan Survei Akreditasi di Rumah Sakit

1. Pimpinan, pemilik dan seluruh pegawai sepakat melaksanakan persiapan survei akreditasi rumah sakit dengan sosialisasi pada setiap kesempatan dengan menjelaskan kaitan akreditasi dengan mutu pelayanan di rumah sakit.
2. Tim akreditasi rumah sakit perlu dibentuk dengan surat keputusan direktur
3. Ubah pola kerja menjadi kerja tim, saling terbuka dan menghargai
4. Sosialisasikan apa yang dimaksud dengan akreditasi dan makna yang terkandung didalamnya, kepada seluruh jajaran rumah sakit mulai dari manajer puncak hingga pelaksana di lapangan termasuk satpam, tukang kebun, juru masak, dll.

Tim Akreditasi Rumah Sakit

- Terdiri atas kelompok kerja yang sesuai dengan instrumen kajian mandiri.
- Mempunyai uraian tugas yang jelas berdasarkan SK Direktur rumah sakit
- Terbuka, koordinasi perlu sekali
- Banyak hal yang dapat menjadi lebih efisien bila bekerja secara tim

- Buat rencana kerja dengan koordinasi antar kelompok kerja dan ketua tim akreditasi
- Siapkan ruangan yang dapat digunakan untuk bekerja
- Sosialisasikan pada setiap kesempatan pentingnya akreditasi
- Kelompok kerja dalam tim akreditasi rumah sakit:
 - Melakukan kajian mandiri dengan memberi skor yang sesuai pada kegiatan pelayanan yang dinilai
 - Pelajari dan fahami setiap standar dan definisi operasional (DO) dari setiap parameter, sistem scoring, data pelengkap yang ada untuk setiap parameter sebagai cara pembuktian (CP).
 - Selalu melakukan cek dan ricek antar kelompok kerja secara proaktif.

Tahap pelaksanaan survei akreditasi oleh KARS

Pada tahap ini, survei dilaksanakan oleh KARS menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit. Pelaksanaan survei didampingi oleh staf Dinkes Provinsi dari seksi rujukan bidang pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan supaya Dinkes Provinsi juga tahu hal apa saja yang menjadi rekomendasi untuk perbaikan pada kegiatan paska survei akreditasi. Hasil penilaian dirangkum untuk diserahkan ke Dirjen YanMedik DepKes.RI sebagai rekomendasi untuk sertifikasi.

Tahap paska survei akreditasi

Kegiatan pada paska survei akreditasi berupa pembinaan yang bertujuan mendorong manajemen rumah sakit untuk, memantau pelaksanaan rekomendasi hasil survei, memberikan arahan untuk dapat memenuhi rekomendasi, melakukan evaluasi terhadap penerapan standar yang berdampak pada peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit serta meningkatkan interaksi antara rumah sakit, Dinkes Provinsi dan KARS.

Kegiatan pembinaan paska akreditasi dilakukan paling cepat 12 (dua belas) bulan setelah dilakukan survei akreditasi oleh KARS. Hasil pembinaan dalam bentuk laporan sebagai umpan balik terhadap upaya rumah sakit untuk memenuhi rekomendasi hasil survei kepada pimpinan rumah sakit.

Komite Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana kesehatan lainnya (KARS)

Komite ini merupakan badan independen yang dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Dirjen Pelayanan Medik DepKes RI No. YM.02.03.3.5.2626 tanggal 8 April 1998. Maka semua hasil penilaian akreditasi rumah sakit disampaikan ke Dirjen Pelayanan Medik untuk pengeluaran sertifikat status akreditasi yang dicapai.

Dengan masa bakti 5 (lima) tahun untuk pelaksana akreditasi yang disebut sebagai surveior, kegiatan meliputi standarisasi, akreditasi dan komunikasi-edukasi. Dengan demikian maka tugas pokok dan fungsi KARS adalah:

1. Menyusun standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan sarana kesehatan lainnya.
2. Menyusun instrumen penilaian untuk akreditasi rumah sakit
3. Melaksanakan survei akreditasi
4. Menyelenggarakan penyuluhan dan pelatihan tentang akreditasi
5. Memilih dan melatih tenaga surveior akreditasi
6. Mengangkat dan memberhentikan tenaga surveior
7. Memberikan bimbingan manajemen di rumah sakit
8. Mengajukan saran dan rekomendasi tentang penetapan status akreditasi rumah sakit.

Surveior adalah seseorang yang diberi tugas oleh KARS untuk melakukan survei akreditasi dan bimbingan akreditasi rumah sakit. Merupakan tenaga yang andal yang diperoleh melalui rekrutmen dari tenaga yang ada di daerah atau dari pelamar dan memenuhi persyaratan yang ditentukan KARS serta wajib mengikuti pelatihan surveior.

Terbagi menjadi Surveior Administrasi, Surveior Medis dan Surveior Keperawatan dengan tugas pokok dan fungsi (1) membimbing dan memberikan asistensi pada manajemen rumah sakit agar dapat mencapai standar pelayanan yang ditetapkan serta (2) mengukur tingkat kepatuhan rumah sakit dalam menerapkan standar dan parameter akreditasi dengan cara melihat dan mencatat keadaan sebenarnya pada saat survei dilakukan.

Dalam pelaksanaannya, Surveior Administrasi memberikan bimbingan dan penilaian dalam kegiatan pelayanan Administrasi & Manajemen, Rekam Medis, Farmasi dan K-3; Surveior Medis dalam pelayanan Medis, Gawat Darurat, Laboratorium, Radiologi dan Kamar Operasi sedangkan Surveior Keperawatan

bertanggung jawab dalam pelayanan Keperawatan, Perinatal Risiko Tinggi dan Pengendalian Infeksi.

Untuk menjaga konsistensi penilaian maka ada Program Jaga Mutu Surveior dengan membentuk Tim Etik dan Kredensial yang melakukan evaluasi sikap, perilaku dan kemampuan surveior setiap tahun sehingga yang tidak memenuhi persyaratan maka SK pengangkatan tidak diperpanjang. Di samping itu dilakukan pertemuan surveior setahun dua kali sebagai cara untuk menjaga mutu dalam mengikuti perkembangan yang terjadi dalam perumah sakitan.

Instrumen Pelaksanaan Survei Akreditasi Rumah Sakit

Embrio instrumen survei akreditasi adalah format penilaian penampilan rumah sakit yang dilaksanakan setiap tahun dalam rangka hari Kesehatan Nasional yang dikembangkan tahun 1984. Pengembangan dan penyempurnaan indikator penilaian dilakukan berkala setiap 2 (dua) tahun sekali. Format penilaian penampilan rumah sakit ini dikembangkan Direktorat Jendral Pelayanan Medik bersama Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan di Surabaya dan hingga tahun 1994 menjadi instrumen untuk survei akreditasi. Instrumen survei akreditasi mengalami perbaikan hingga tahun 2003 sebagai instrumen kajian mandiri yang digunakan sampai saat ini.

Pelayanan yang dinilai dalam instrumen survei akreditasi mengacu pada SK Menkes pada tahun 1993 tentang standar pelayanan rumah sakit. Pada tahun 1999 dilakukan revisi sehingga terdiri dari 20 kegiatan pelayanan. Standar pelayanan rumah sakit tersebut di atas meliputi Administrasi & manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Rekam Medis, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Laboratorium, Kamar Operasi, Pelayanan Farmasi, Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K-3), Perinatal Risiko Tinggi, Pengendalian Infeksi, Pelayanan Anestesi, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Pelayanan Gizi, Pelayanan Intensif, Sterilisasi Sentral, Pemeliharaan sarana, Pengendalian Infeksi dan Perpustakaan.

Masing-masing kegiatan pelayanan mengandung 7 (tujuh) standar yaitu Falsafah dan Tujuan, Administrasi dan Pengelolaan, Staf dan Pimpinan, Fasilitas dan Peralatan, Kebijakan dan Prosedur,

Pengembangan staf dan Program pendidikan serta Evaluasi dan Pengendalian mutu. Setiap standar mempunyai parameter dengan skor 0–5 dan dilengkapi dengan definisi operasional (DO), Cara Pembuktian Dokumen (CP), Observasi (O) dan kepada siapa surveyor melakukan wawancara (W).

Dalam perkembangannya instrumen survei akreditasi pada tingkat lengkap setelah melalui pembahasan menjadi 16 kegiatan pelayanan saja, karena ada beberapa kegiatan pelayanan yang dapat digabungkan. Pelayanan perpustakaan dimasukkan di pelayanan administrasi dan manajemen, pelayanan pemeliharaan sarana dimasukkan juga ke pelayanan administrasi dan manajemen, pelayanan anestesi dimasukkan dalam kamar operasi.

Cara Pelaksanaan Survei Akreditasi

Saat tahap persiapan survei akreditasi, rumah sakit melakukan kajian mandiri. Pada tahap ini ada bimbingan dari Dinkes Provinsi tentang pelaksanaan kajian mandiri tentang cara penilaian, scoring, memahami definisi operasional dan cara pembuktian, sehingga diperoleh kesamaan persepsi di seluruh kelompok kerja dalam tim akreditasi. Bila rumah sakit telah siap, maka hasil kajian mandiri dan jadwal pelaksanaan survei akreditasi dikirimkan ke KARS. Oleh KARS rumah sakit dijadwalkan untuk pelaksanaan survei akreditasi.

Tahap survei akreditasi menjadi penting karena tim dari KARS datang ke rumah sakit dan bersama dengan kelompok kerja tim akreditasi rumah sakit melakukan review bersama terhadap kajian mandiri yang sudah dilakukan. Hal ini dilaksanakan untuk menemukan pencapaian nilai yang sesungguhnya dari keadaan kegiatan pelayanan yang ada di rumah sakit sesuai dengan skor dalam instrumen survei akreditasi. Pada tahap ini review sebaiknya dihadiri Dinkes Provinsi, sehingga pencapaian nilai dan rekomendasi untuk perbaikan diketahui dan bermanfaat dalam pelaksanaan tahap paska survei akreditasi.

Pencapaian skor kemudian disampaikan ke Dirjen Pelayanan Medik DepKes RI sebagai rekomendasi untuk sertifikasi, sedangkan kepada rumah sakit dan Dinkes Provinsi disampaikan gambaran umum pencapaian skor dan penekanan pada rekomendasi untuk perbaikan dari kegiatan pelayanan yang ada.

Hasil rekomendasi ini kemudian menjadi dasar pelaksanaan kegiatan pada tahap paska survei akreditasi, sehingga tetap terjadi proses yang berkelanjutan, sehingga mutu pelayanan rumah sakit tetap terjaga.

Status Akreditasi

Hasil penilaian yang dilaksanakan KARS memberikan rekomendasi kepada Dirjen YanMedik Dep.Kes.RI untuk sertifikasi yang menunjukkan status rumah sakit yang dinilai. Sertifikasi yang diberikan sesuai rekomendasi dapat:

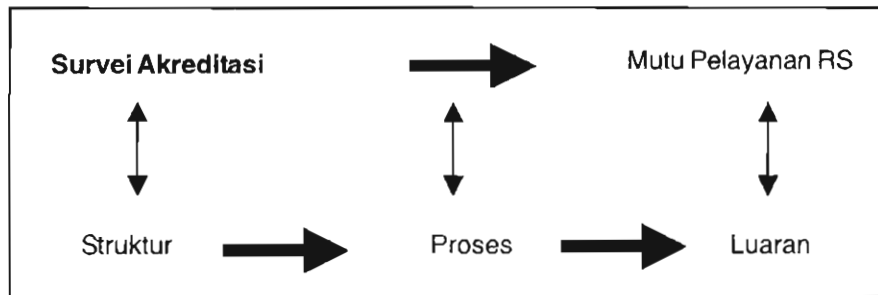
1. **Tidak terakreditasi** artinya: hasil penilaian mencapai "d" 65% atau salah satu kegiatan pelayanan hanya mencapai 60%.
2. **Akreditasi bersyarat** artinya: hasil penilaian mencapai 65%–75% dan berlaku satu tahun.
3. **Akreditasi penuh** artinya: hasil penilaian mencapai "e" 75%, berlaku 3 tahun.
4. **Akreditasi istimewa** diberikan apabila 3 tahun berturut-turut rumah sakit mencapai nilai terakreditasi penuh dan status ini berlaku 5 tahun.

HUBUNGAN AKREDITASI DAN MUTU PELAYANAN DI RUMAH SAKIT

Menurut Donabedian (1992) sebagaimana dikutip Lumenta. N (2003) mutu diukur dari apa yang terjadi pada interaksi struktur, proses dan luaran.

Gambar 1 menjelaskan bahwa struktur atau input merujuk pada fasilitas fisik, struktur organisasi, alat dan bahan, kebijakan, program sumber daya manusia termasuk jumlah dan kualifikasi serta sumber produksinya, standar operasional prosedur (SOP) atau prosedur kerja tetap (protap).

Proses merujuk kepada operasionalisasi kerja dari organisasi, bagian-bagian kegiatan pelayanan, pelaksanaan prosedur kerja tetap dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kepada pelanggan. Luaran adalah hasil pencapaian dan dalam pelayanan kesehatan termasuk disini adalah keadaan kesehatan, perubahan pengetahuan dan perilaku yang berdampak pada status kesehatan dan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan. Termasuk juga pengurangan biaya, pengurangan sumber daya manusia dan pengurangan beban kerja, dan lain-lain.



Sumber: Presentasi dr.Nico Lumenta dalam Pelatihan Akreditasi RS di Dinkes Provinsi DKI Jakarta 30–31 Oktober 2003

Gambar 1. Gambaran Hubungan Survei Akreditasi dengan Mutu Pelayanan Rumah Sakit berdasarkan Struktur-Proses-Luaran

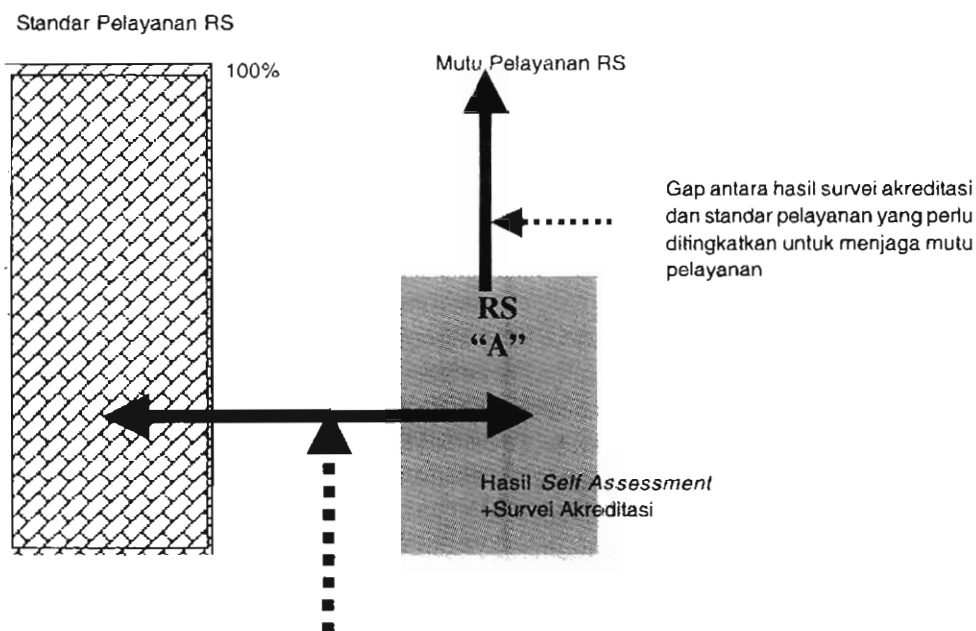
Kegiatan akreditasi berkaitan dengan struktur, karena mengkaji semua hal yang ada di sana, dan sebagian proses. Sehingga dengan kata lain, bila struktur atau input baik, maka mungkin sekali mutu pelayanan juga baik.

Gambaran selanjutnya diberikan oleh Lumenta sebagaimana dalam gambar 2 yaitu bahwa hasil kajian mandiri dan survei akreditasi yang merupakan 'peer review' akan menunjukkan sampai seberapa besar gap yang ada antara standar pelayanan di rumah sakit dan standar yang dicapai.

Terlihat bahwa ada keeratan hubungan antara akreditasi dengan mutu pelayanan rumah sakit,

sehingga bila kegiatan akreditasi dilaksanakan dengan berkelanjutan, tepat waktu sesuai lama berlaku status terakreditasi dapat dikatakan sebagai upaya menjaga mutu pelayanan rumah sakit.

Pemahaman yang partial akan melepaskan kegiatan akreditasi dari mutu pelayanan rumah sakit, dan menganggapnya sebagai sesuatu yang 'menghambat' kegiatan pelayanan di rumah sakit. Padahal gambar 2 jelas menunjukkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit dapat diukur melalui kegiatan akreditasi dengan menilai struktur yang ada di rumah sakit sebagaimana yang ditunjukkan gambar 1.



AKREDITASI: Menilai pemenuhan RS terhadap standar menggunakan istruemens survei akreditasi berupa *self assessment*

Gambar 2. Gambaran hubungan Standar Pelayanan – Survei Akreditasi dan Mutu Pelayanan RS

MASALAH DALAM PELAKSANAAN KEGIATAN AKREDITASI

Penataan perumahsakit di Indonesia melalui kegiatan akreditasi, ditinjau dari sisi manajemen, sebenarnya sudah sesuai dengan kaidah-kaidah organisasi. Hanya saja dalam pelaksanaan ada hal-hal yang merupakan masalah dan perlu diselesaikan tetapi untuk itu perlu memahami kegiatan akreditasi rumah sakit.

Sebagai contoh adalah bahwa belum semua propinsi melaksanakannya khususnya dalam pembinaan pre dan pasca akreditasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Pentingnya peran Dinas Kesehatan Provinsi dirasakan oleh rumah sakit sebagaimana yang dirasakan RSUD Tegal yang dimuat pernyataannya dalam media Harian Merdeka sebagai berikut:

Pembinaan Akreditasi RSU Kardinah

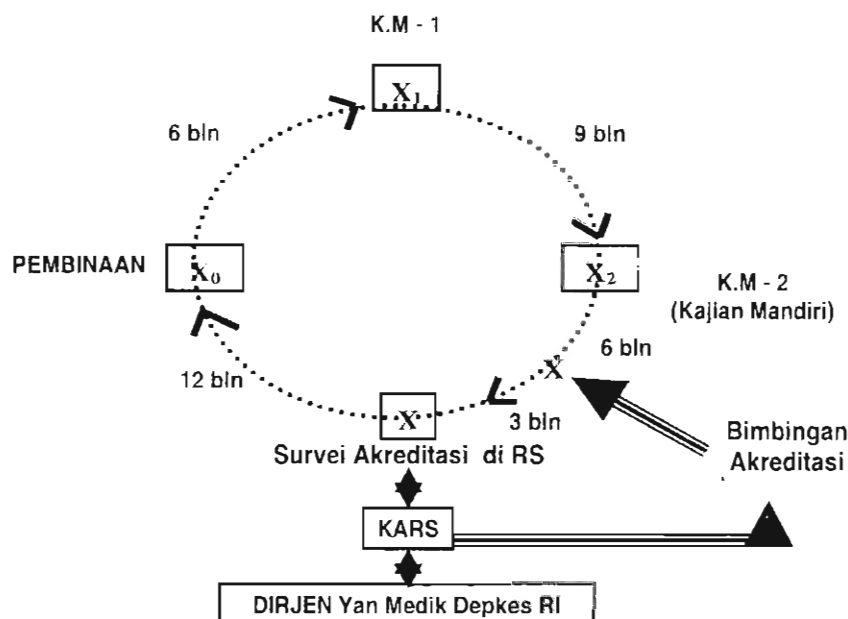
TEGAL - Untuk mengetahui pencapaian 12 jenis pelayanan, Tim Akreditasi Dinas Kesehatan Jateng, pekan lalu, mengadakan pembinaan di RSU Kardinah Kota Tegal. Tim yang dipimpin dr Niken berjumlah enam orang. Ketua Panitia Akreditasi rumah sakit tersebut, dr Sunarto Sp PD, di hadapan tim pembina memaparkan hasil pencapaian standar untuk 12 jenis pelayanan. Menurut tim, pencapaian standar secara keseluruhan 71,7%. Meskipun demikian, masih ada 14 standar yang pencapaiannya kurang dari 60%, terutama pada pokja K3. Itu karena menyangkut sarana fisik yang membutuhkan dana besar. Tim mengatakan, standar yang persentasenya kurang dari angka itu antara lain administrasi dan pengelolaan (1 standar), staf dan pimpinan (1 standar), fasilitas dan peralatan (1 standar), kebijakan dan prosedur (2 standar), pengembangan staf dan program pendidikan (4 standar), serta evaluasi dan

pengendalian (5 standar). Kasubbid Hukum dan Humas RSU Kardinah Joko Windiarto SH menilai adanya pembinaan lebih dahulu dari tim provinsi paling tidak dapat memberikan gambaran hasil sementara. *Selama ini rumah sakit tersebut telah mendapat pengakuan dari Tim Komisi Akreditasi Rumah Sakit berupa sertifikat akreditasi penuh yang meliputi pelayanan administrasi manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, dan rekam medik sejak 1998. (D12-20c)*

Disisi lain, rumah sakit kurang memahami bagaimana melakukan *self assessment* yang baik walaupun sudah ada pembinaan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Hal ini mungkin terjadi karena belum memahami keterkaitan pelaksanaan akreditasi dengan mutu pelayanan rumah sakit.

Masalah lain yang juga belum difahami oleh rumah sakit adalah kegiatan pelayanan administrasi dan manajemen yang umumnya dianggap hanya sebagai kegiatan administrasi atau sekretariat rumah sakit. Padahal pelayanan administrasi dan manajemen merupakan 'payung' untuk seluruh kegiatan pelayanan yang ada di rumah sakit. Hal ini terlihat untuk memenuhi Standar 1 Parameter 1 tentang Falsafah dan Tujuan dari kegiatan pelayanan administrasi dan manajemen yang menyatakan bahwa perencanaan, pelaksanaan kegiatan semua unit kerja di rumah sakit harus mengacu dan konsisten pada rencana strategik yang dibuat rumah sakit untuk mencapai kinerja yang diharapkan pemerintah daerah (Lakip).

Dengan demikian maka rumah sakit harus memiliki rencana strategik yang mengandung visi, misi dan tujuan organisasi, rencana kerja jangka panjang, pendek dan tahunan. Dalam rencana strategik tersebut telah mencantumkan kegiatan akreditasi sebagai program yang perlu dilaksanakan dalam menjaga mutu pelayanan rumah sakit.



Gambar 3. Siklus Pembinaan Pasca Survei Akreditasi

Pembinaan pascaakreditasi merupakan masalah lain karena kegiatan yang merupakan pembinaan dan pemantauan ini belum dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan. Sebagai gambaran adalah di Provinsi Jawa Timur, yang hampir 50% dari rumah sakit pemerintah dan swasta yang dimiliki sudah terakreditasi penuh, tetapi belum satupun memperoleh pembinaan pascaakreditasi. Ketika rumah sakit yang sudah terakreditasi akan melaksanakan penilaian akreditasi ulang, maka proses bimbingan dari Dinkes Provinsi dilaksanakan tanpa sebelumnya ada pembinaan pascaakreditasi yang seharusnya dilaksanakan selama kurun waktu setelah survei akreditasi yang pertama kali.

Sebagai contoh apabila RS 'A' memperoleh status akreditasi penuh, ini berlaku selama 3 tahun, maka Dinkes Provinsi wajib melakukan pembinaan pascaakreditasi selama 3 tahun sampai proses akreditasi dilaksanakan ulang.

Siklus pembinaan pascasurvei akreditasi terlihat sebagaimana dalam gambar 3. Penjelasan siklus tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pelaksanaan Survei Akreditasi (X) di rumah sakit.
2. Pembinaan Pasca Survei Akreditasi dilaksanakan 12 bulan setelah survei akreditasi (X_0) oleh Dinkes Provinsi untuk mengetahui apakah manajemen

rumah sakit sudah atau belum melaksanakan rekomendasi hasil survei.

3. Enam bulan sesudah dilakukan Pembinaan Pasca-Akreditasi, manajemen rumah sakit diminta membuat Kajian Mandiri Pertama (KM-1) dan dikirimkan kepada KARS untuk diteliti oleh survei akreditasi. Terhadap KM-1 ini melalui KARS survei akreditasi tersebut akan memberikan saran, perbaikan dan pengarahannya kepada manajemen rumah sakit.
4. Sembilan bulan sesudah KM-1 dilakukan lagi Kajian Mandiri Kedua (KM-2) dan juga harus dikirimkan melalui KARS kepada para survei akreditasi seperti halnya pada KM-1.
5. Enam bulan setelah KM-1 dilakukan bimbingan akreditasi oleh Dinkes Provinsi.
6. Tiga bulan setelah bimbingan akreditasi oleh Dinkes Provinsi atau 9 (sembilan) bulan sesudah KM-2 dilakukan survei akreditasi ulang oleh KARS untuk menetapkan kembali status akreditasinya.
7. Hasil survei disampaikan ke Dirjen YanMedik sebagai rekomendasi untuk sertifikasi.

Ada beberapa hal yang dapat disebutkan sebagai faktor penyebab tidak terlaksanakannya pembinaan pascasurvei akreditasi, salah satunya adalah bahwa

kegiatan ini belum termasuk dalam rencana kegiatan dan anggaran baik di rumah sakit maupun di Dinas Kesehatan Provinsi. Faktor penyebab terjadinya hal ini dapat saja karena belum memahami akreditasi secara menyeluruh termasuk siklus pembinaan pasca-akreditasi sehingga tidak direncanakan dan dianggarkan baik oleh rumah sakit maupun oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

SIMPULAN DAN SARAN

Penataan perumhaskitan di Indonesia telah diatur melalui peraturan perundangan yang berlaku dengan pelaksanaan kegiatan akreditasi sebagai upaya menjaga mutu pelayanan. Kegiatan akreditasi rumah sakit ini dilaksanakan oleh badan independen (KARS) walaupun sertifikasi masih dikeluarkan oleh Dep.Kes.RI (Dirjen Yan Medik). Tetapi pembinaan pre-survei akreditasi belum dilaksanakan secara optimal oleh Dinas Kesehatan Provinsi sedangkan pembinaan pascasurvei akreditasi belum sebagaimana yang diharapkan.

Untuk itu dirasa perlu melakukan sosialisasi atau pembelajaran agar memperoleh pemahaman yang tepat tentang kegiatan akreditasi di setiap rumah sakit dan Dinas Kesehatan Provinsi. Hal ini disebabkan kondisi sumber daya manusia yang terdiri dari berbagai macam profesionalisme dengan pola pikir yang berbeda atau mungkin keterbatasan sumber daya manusia baik jumlah maupun kualitasnya.

Di samping itu sangat diperlukan komitmen bersama di rumah sakit untuk memahami bahwa akreditasi rumah sakit merupakan hal yang bermanfaat bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat yang dilayani dan yang membutuhkan.

PENUTUP

Hal mendasar tentang akreditasi rumah sakit dan masalah yang dihadapi telah disampaikan dengan harapan dapat memberikan pemahaman yang tepat bahwa pelaksanaan kegiatan akreditasi bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1984. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 558 tahun 1984 tentang Struktur Organisasi dan Tataaksana*. Jakarta.
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1988. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159 b tahun 1988 tentang Cara-cara Akreditasi RS*. Jakarta.
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1994. *Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik Bekerja Sama dengan Proyek ADB II Loan Ino 926.
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1998. *SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.02.03.3.5.2626 tanggal 8 April 1998 tentang Komite Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya (KARS)*.
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1999. *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Dirjen Pelayanan Medik.
- Lumenta, N. 2003. *Akreditasi Rumah Sakit di Luar Negeri. Makalah dalam Pelatihan Akreditasi RS di Dinkes Provinsi*. DKI Jakarta 30–31 Oktober 2003.
- Poerwani, SK dan Sopacua E. 2004. *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumhaskitan di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi*. Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes, Jakarta 20–21 Desember.